



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ризаев Жасур Алимджанович,
Самаркандский государственный
медицинский институт, д.м.н., профессор

Шомуродов Кахрамон Эркинович,
Самаркандский государственный
медицинский институт, д.м.н., доцент

Агзамова Сайёра Саидаминовна
Ташкентский государственный
стоматологический институт, к.м.н., доцент
E-mail: sara2408@yandex.ru

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-2-1>

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы являлись определение сроков и объема хирургического вмешательства и консервативной терапии в зависимости от давности и характера травмы скуло-орбитального комплекса. В исследование были включены 136 больных (136 глаз) с переломами скуло-орбитального комплекса. Основную группу составили 93 больных (93 глаз), в контрольную группу вошли 43 больных (43 глаз). Реабилитационные мероприятия должны проводиться совместно с офтальмологом, челюстно-лицевым хирургом, отоларингологом и нейрохирургом. Разработанный нами комплекс консервативного лечения, сочетающийся с хирургическими методами, существенно влияет на сроки и результаты лечения. Своевременное использование электростимуляции, биостимуляторов, нейропротекторов, магнитотерапии избавляет больных от дополнительных оперативных вмешательств, а в некоторых случаях является методом выбора их применения. Реабилитационные мероприятия должны проводиться совместно с офтальмологом, челюстно-лицевым хирургом, отоларингологом и нейрохирургом.

Ключевые слова: Челюстно-лицевая хирургия, офтальмология, травма, скуловая кость, орбита.

Rizaev Zhasur Alimdzhanovich,
Samarkand State Medical Institute
Shomurodov Kakhramon Erkinovich,
Samarkand State Medical Institute
Agzamova Sayyora Saidaminovna
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH FRACTURES OF THE ZYGOMATIC-ORBITAL COMPLEX

ABSTRACT

The aim of this work was to determine the timing and scope of surgical intervention and conservative therapy, depending on the duration and nature of the zygomatic-orbital complex injury. The study included 136 patients (136 eyes) with fractures of the zygomatic-orbital complex. The main group consisted of 93 patients (93 eyes), the control group included 43 patients (43 eyes). Rehabilitation activities should be carried out in conjunction with an ophthalmologist, maxillofacial surgeon, otolaryngologist and neurosurgeon. The complex of conservative treatment developed by us, combined with surgical methods, significantly affects the timing and results of treatment. Timely use of electrical stimulation, biostimulants, neuroprotectors, magnetotherapy saves patients from additional surgical interventions, and in some cases is the method of choice for their use. Rehabilitation measures should be carried out in conjunction with an ophthalmologist, maxillofacial surgeon, otolaryngologist and neurosurgeon.

Key words: Maxillofacial surgery, ophthalmology, trauma, zygomatic bone, orbit.

Ризаев Жасур Алимджанович,
Самарқанд давлат тиббиёт институти
Шомуродов Кахрамон Эркинович,
Самарқанд давлат тиббиёт институти
Агзамова Сайёра Саидаминовна

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон.

ЗИГОМАТИК-ORBITAL МАЖМУАСИ СИНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ

АННОТАЦИЯ

ушбу ишнинг мақсади зигоматис-орбитал комплексига шикастланишнинг ёши ва табиатига қараб жарроҳлик аралашуви ва консерватив даволашнинг вақти ва доирасини аниқлаш еди. Тадқиқотда зигоматис-орбитал комплекснинг синишлари билан 136 бемор (136 кўзлари) мавжуд. Асосий гуруҳ 93 бемор (93 кўз) дан иборат бўлиб, назорат гуруҳи 43 бемор (43 кўз) ни ўз ичига олган. Реабилитация фаолияти офталмолог, юз-жағ жарроҳи, оториноларинголог ва нейрохирург билан биргаликда амалга оширилиши керак. Биз томонимиздан ишлаб чиқилган консерватив даволаш мажмуаси жарроҳлик усуллари билан биргаликда даволашнинг вақти ва натижаларига сезиларли таъсир кўрсатади. Електростимуляциядан, биостимуляторлардан, нейропротекторлардан ва магнит терапиядан ўз вақтида фойдаланиш беморларни кўшимча жарроҳлик аралашувларидан сақлайди ва айрим ҳолларда улардан фойдаланишни танлаш усули ҳисобланади. Реабилитация фаолияти офталмолог, максиллофасиял жарроҳ, оториноларинголог ва нейрохирург билан биргаликда амалга оширилиши керак.

Калит сўзлар: юз-жағ жарроҳлиги, офталмология, травма, ёноқ суяги, орбита.

Актуальность. В последние время возросло число тяжелых травм глаз, также и доля комбинированных, сочетанных повреждений и их тяжелых последствий [4,5,6,]. Значительное большинство травм органа зрения (ГОЗ) подпадает на активную, обладающий работоспособную доля жителя, что подчеркивает более особую социэкономическую значимость данный проблемы [12].

Широкое внедрение техники во все отрасли народного хозяйства вызвало увеличение количества механических травм, в том числе сочетанных травм лицевых костей. Удельный вес повреждений лицевых костей в общей структуре травм мирного времени, по материалам отдельных авторов, колеблется от 6 до 16,4%. На основании результатов анализа Лурье Т. М. удельный вес травм среди городского населения колеблется от 3,2 до 3,8%.

Травмы челюстно-лицевой области и его последствия в большинстве случаев является причиной временной утраты трудоспособности, развития инвалидности (Стародубов В.И. 2012; и др.). Так как возникновение травм нередко бывает следствием злоупотребления алкоголя и наркотиков, это говорит что о высокой социальной значимости профилактической работы, направленной на снижение травматизма. Учитывая, что травмам подвергаются в основном мужчины трудоспособного возраста, которые активно участвуют в экономической жизни государства, то потери в итоге будут ощутимы на трудовом рынке на государственном уровне.

В современных условиях с ростом автомобильного, криминального травматизма, увеличением числа техногенных катастроф при диагностике и лечении пострадавших со сложными и комбинированными переломами орбиты требуются ряд специалистов смежных областей нейрохирургов, офталмологов, отоларингологов и челюстно-лицевым хирургов. Обычно каждый из специалистов выполняет свою работу на определенном этапе становится причиной более длительного лечебного периода, когда лечение разделяется на несколько этапов. В последние 20 лет значительно возросла частота травм скулоорбитального комплекса с травмой глазного яблока. (Ю.И.Бериадский, 1985; О.В.Груша, 1983). Патологические изменения, обусловленные травмой, приводят нередко к

тяжелым деформациям костных структур, нарушают функции органа зрения и являются причиной инвалидизации больных. В настоящее время существуют различные тактика и методы лечения больных с указанной патологией. Одни авторы (Herk W., Hovinga J., 1973) считают, что только ранняя репозиция смещенных костных фрагментов при свежей травме не приводят к каким-либо офтальмологическим осложнениям. Другие (О.Л.Панина 1985, Davies, 1972, Whitaker L.A., Schafber O.B., 1977) предлагают кроме репозиции костных фрагментов производить ривизию и освобождение мягких тканей орбиты.

Цель: Определить срок и объем хирургического вмешательства и консервативной терапии в зависимости от давности и характера травмы скуло-орбитального комплекса.

Материал и методы. В отделении челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период 2017-2019 годы нами проанализированы результаты лечения 136 больных (136 глаз) с переломами скуло-орбитального комплекса (113 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 16-58 лет. Больные разделены на 4 группы:

Контрольная группа 43 больных (43 глаз), у которых имелись переломы скуло-орбитального комплекса без значительного смещения фрагментов и повреждения мягких тканей, стенок орбиты и гайморовой пазухи;

1 основная группа 14 больных (14 глаз) - с изолированными переломами (типа «взрывных») нижней стенки орбиты;

2 основная группа 38 больных (38 глаз) – с отрывом скуловой кости от лобной, основной, височной, верхнечелюстной с преимущественным поражением органа зрения и окружающих его структур;

3 основная группа 41 больных (41 глаз) – с отрывом скуловой кости от соседних костных образований со значительным смещением ее и повреждением гайморовой пазухи.

Обследование больных проводилось по определенной схеме и включало исследование состояния костных структур, гайморовых пазух, органа зрения,

неврологического статуса. Всем пациентам обеих групп исследовали зрительные функции до и после проводимого лечения. В комплексное обследование были включены: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия и бесконтактная тонометрия, а также лучевые методы исследования: рентгенография (ROOM–20M) черепа, орбит и двухмерное ультразвуковое исследование –УЗИ (A/BSCAN–HUMPREY–837), МСКТ. При офтальмологическом обследовании определялись состояние глазного дна и оптических сред глаза, окружающих глаз тканей, исследовались объем активных и пассивных движений, степень смещения глазного яблока в орбите, косоглазие и диплопия.

По данным рентгенографии были определены только косвенные признаки перелома костных стенок орбиты. Тогда как МСКТ позволило детально определить состояние костных стенок орбиты и мягких тканевых структур у 136 (100%) пациентов. Перелом скуло-орбитального комплекса диагностирован у 136 (100%) пациентов, из них: переломы скуло-орбитального комплекса без значительного смещения фрагментов и повреждения мягких тканей, стенок орбиты и гайморовой пазухи - 43 (31,6%), изолированный перелом – 14 (10,3%), сочетанный с отрывом скуловой кости от соседних костных образований с преимущественным поражением органа зрения и окружающих его структур – 38 (28 %), с отрывом скуловой кости от соседних костных образований со значительным смещением ее и повреждением гайморовой пазухи – 41 (30%).

Результаты и их обсуждение. Из 43 больных **контрольной группы** у 24 (56%) пациентов проводили репозицию скуловой кости с помощью крючка Лимберга, ретрактором Несмеянова, щипцами Чхолария без дополнительной фиксации. У остальных 19 (43%) пациентов при давности травмы более 3 недель фрагменты фиксировали с помощью спиц Киршнера, проведенных через тело скуловой кости и альвеолярный отросток верхней челюсти.

6 (43%) пациентам **1 основной группы**, у которых были выявлены линейные крупно – и мелкооскольчатые со смещением фрагментов переломы и дефекты в области дна орбиты проводилось оперативное вмешательство, которое заключалось в ревизии дна орбиты, высвобождение мягких тканей и формирование ее нижней стенки. Для восстановления анатомических структур орбиты использовали: титановые минипластины «Сопмет», биоматериалы Аллоплант. Результаты оценивали через 6-8 месяцев после последней операции, проводили антропометрические измерения и фоторегистрацию изображений лица, расчет индекса асимметрии. Офтальмологический осмотр проводился в день поступления, на следующие сутки после реконструктивной операции и к проводимому традиционно консервативному лечению офтальмологом были включены Мексидол 50 мг (этилметилгидроксипиридинасукцинат растворяют в 100 мл – 0,9% раствора натрия хлорида) внутривенно капельно в течение 10 дней, Кортексин 10 мг (лиофилизат растворяли в 0,5 мл 0,5% растворе Новокаина) в дозе 0,5 мл, который вводили парабубльбарно в течении 10 дней. Кроме этого в курс лечения включали применение дегидратационных, гемостатических средств, антихолинэстеразных препаратов, биостимуляторов, ферментов, магнитотерапию на аппарате Полус – 1 с плотностью магнитного потока 10 мг. С целью восстановления полного объема активных движений

использовали электростимуляцию глазодвигательных мышц.

Среди больных **2 основной группы** в 9 (24%) случаях наблюдали ограничение подвижности глазного яблока с псевдопаралитическим косоглазием и диплопией, обусловленных внедрением костных фрагментов в мягкие ткани орбиты. Этим пострадавшим осуществлялась устранение дефекта нижней стенок орбиты с помощью индивидуально смоделированной титановой мембраной, зафиксированной специальными шурупами в области нижнего края глазницы. У 7 (18,4%) пациентов при давности травмы от 15 до 60 суток отмечено смещение скуловой кости преимущественно в направлении орбиты, образование различной величины костных дефектов в области наружной и нижней стенок орбиты. У этих пострадавших выявили различные изменения со стороны глазного яблока и придаточного аппарата. Всем больным производилась репозиция костных фрагментов и восстановление наружной и нижней стенок орбиты декальцинированной аллокостью. При застарелых переломах у 22 (58%) пациентов (где давность травмы была от 2 месяцев до 7 лет) с наличием тех же симптомов поражения глазного яблока и его придаточного аппарата проводили пластику нижней стенки орбиты аутохрящем, восстановление слезных путей, устранение травматического выворота. В послеоперационном периоде всем больным осуществляли электростимуляцию наружных мышц глаза на аппарате Амплипульс 4 по методике Л.Е.Черикчи. Для устранения выраженного отека и гематом тканей орбиты назначали дегидратационные и гемостатические средства, магнитотерапию. С целью предупреждения возможного рубцевания в тканях орбиты вводили парабубльбарно ферменты, назначали ультразвук и электрофорез с $CaCl_2$ в передний отдел глазного яблока.

У 41 (100%) пострадавших **3 основной группы** вследствие ротации и смещения скуловой кости в различных направлениях обнаруживали крупно- и мелкооскольчатые переломы, преимущественно в области передней, наружной, верхней стенок гайморовой пазухи и нарушение нижнеглазничного края. Оперативное лечение заключалось в извлечении клечатки глазницы из гайморовой пазухи с устранением дефекта нижней стенки орбиты аутохрящем, пластиночными имплантами, силиконовым и остеопластической мембраной. Больным в послеоперационном периоде назначали курс противовоспалительной терапии, физиолечение для восстановления проводимости подглазничного нерва.

Эффективность комплексного лечения оценивались нами следующими критериями: восстановление правильного положения костных фрагментов, полного объема движения нижней челюсти, восстановлением чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва, нормального положения глазного яблока в орбите, достаточного объема активных движений глаз, устранением косоглазия и диплопии.

В раннем послеоперационном периоде хороший функциональный исход получили в результате проведения своевременной репозиции фрагментов у 24 (56%) пациентов контрольной группы и у 9 (23,7%) пациентов 2 основной группы. 19 (43%) пациентам контрольной группы, обратившимся в клинику на 30-60 сутки после травмы, для предотвращения вторичного смещения скуловой кости из-за

наличия рубцовых сращений фиксация была достигнута путем проведения спицы Киршнера.

У всех 14 (100%) пациентов 1 основной группы и 29 (76,3%) пациентов 2 основной группы при более позднем обращении от 30 дней до нескольких месяцев или лет, освобождение тканей орбиты из рубцовых сращений не обеспечивало полного и быстрого восстановления функций органа зрения и глазодвигательного аппарата.

В связи с этим нами разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающие в себя упражнения по развитию подвижности глаз, электростимуляцию глазодвигательных мышц, магнитотерапию. Благодаря использованию электростимуляции у 15 больных (1 основной (40%) и 2 основной группы (32,6%)) нами наблюдалось увеличение объема активных движений глаз, устранение или уменьшение угла косоглазия, диплопии, что создавало условия для восстановления бинокулярного зрения. Удовлетворительный функциональный результат отмечен у 13 (1-группа-34,6%, 2-группа-28,2%) пациентов. У них отмечалось увеличение объема активных движений глазного яблока, уменьшение угла косоглазия и диплопии, которая оставалась в крайних положениях вследствие мышечного дисбаланса. Магнитотерапия у 11 (1-группа-78,5%, 2-группа-24%) больных способствовала уменьшению отека тканей орбиты и улучшению

подвижности глаз. Больные с внутриглазными повреждениями требовали постоянного осмотра и длительного лечения у офтальмолога. Использование гемостатиков, ангиопротекторов, нейропротекторов, а также препаратов, улучшающих обменные процессы в зрительном нерве, позволили получить хорошие функциональные результаты: рассасывание кровоизлияний, увеличение остроты зрения, расширение полей зрения. В результате проведенного лечения у 41 (100%) пациента 3 основной группы были устранены деформации лицевого скелета, нарушение иннервации подглазничного нерва, ограничение подвижности нижней челюсти, ликвидированы воспалительные процессы в гайморовой пазухе.

Выводы:

1. Реабилитационные мероприятия должны проводиться совместно с офтальмологом, челюстно-лицевым хирургом, отоларингологом и нейрохирургом.

2. Разработанный нами комплекс консервативного лечения, сочетающийся с хирургическими методами, существенно влияет на сроки и результаты лечения.

3. Своевременное использование электростимуляции, биостимуляторов, ферментов, магнитотерапии избавляет больных от дополнительных оперативных вмешательств, а в некоторых случаях является методом выбора их применения.

Список литературы:

1. Бедретдинов А.Н. Изменения регионарной гемодинамики, функционального состояния сетчатки и зрительного нерва в ранние сроки закрытой травмы глаза. // Автореф. дис. .канд-та мед. наук. — М., 2018. - 28 с.
2. Богатырева И.В. Социально-гигиеническое исследование травм органа зрения трудоспособного населения (на примере Удмуртской Республики). // Автореф. дис. .канд-та мед. наук. — М., 2011. - 27 с.
3. Богатырева И.В., Павлова Г.В., Гасников К.В. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с тяжелыми травмами органа зрения трудоспособном возрасте. Журнал «Медицинский альманах» Москва №5 (18). 2011. С. 26-29.
4. Волков В.В. Этапы офтальмохирургической помощи при открытой боевой и бытовой травмах глаза. //Волков и др. Боевые повреждения органа зрения. Материалы юбилейной научно-практ. конф-ции, посвящ. 185-летию основания первой в России кафедры офтальмологии и 20-летию создания научно-исслед. лаборатории микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения при кафедре. С.-Пб. 2003. С. 34-35.
5. Гундорова Р.А. и др. Ранения глаз резиновыми пулями. //Клиническая офтальмология. М. 2008. Том 9. № 3. С. 98-101.
6. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Джиоева А.В., Капитонов Ю.А., Романова И.Ю. Медикаментозное лечение травматического гемофтальма стекловидного тела. // Сб.трудов: Российский общенациональный офтальмологический форум, т.1.- М., 2009.- С.53-56.
7. Дроздова Е.А., Бухарина Е. С., Сироткина И.А. Сочетанная травма костных структур орбиты и глазного яблока. Материалы VI Евро – Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 2012. – С. 286–288.
8. Левченко О.В. Хирургическое лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы // Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 2012. - 46 с.
9. Копецкий И.С. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медико-организационной помощи пациентам с переломами средней зоны лица // дис. д-ра мед. наук. – М., 2012. – С. 182.
10. Котелин И. В. Повреждения глаза, орбиты и зрительного нерва, сочетанные с черепно-мозговой травмой: Клиника, МРТ-диагностика, лечение // Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 2014. - 25 с.
11. Складчиков Н.И. и др. Динамика тупых травм глаза за последние десять лет. //Ерошевские чтения: труды Всероссийской конференции «Геронтологические аспекты офтальмологии». Самара, 2002. С. 358-359.
12. Степанов А.В., Гундорова Р.А., Кваша О.И., Нурмамедов Р.А., Джиоева А.В. Сочетанная травма глаз в условиях экстремальных ситуаций. // «Медицина катастроф», 2011.- № 1. (73).- С. 25-27.
13. Степанов А.В., Джиоева А.В. Оценка офтальмотравматологической помощи гражданскому населению в период грузинско-осетинского межэтнического конфликта. // «Вестник экспериментальной и клинической хирургии», 2011. Т. IV, № 2.- С. 322-326.
14. Шомуродов К.Э., Курьязова З.Х., Исомов М.М., Файзиев Б.Р., Мукимов И.И. Совершенствование хирургического лечения переломов нижней стенки орбиты. Среднеазиатский научно– практический журнал «Stomatologiya» 2017. №3-(68). С.55-58.
15. Rizaev J.A., Agzamova S. S., Yuldashov.S.A. Improvement of Surgical Treatment with Combined Sculoorbital Injuries Global Journal of Medical Research: J Dentistry & Otolaryngology. Volume 20 Issue 1 Version 1.0 Year 2020. 13-16.